

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1970

No

THÈSE

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

VIVIEN Anne, née BOUZITAT

le 13 Juin 1945, à Neuilly-sur-Seine (92).

Externe des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA DURÉE D'ÉVOLUTION DES CIRRHOSES HÉPATIQUES.

Président : Mr. H. PEQUIGNOT, Professeur.

DUPUYTREN - COPY

9, Rue Dupuytren

PARIS (6^e)

1970

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1970

N°

THÈSE

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

VIVIEN Anne, née BOUZITAT

le 13 Juin 1945, à Neuilly-sur-Seine (92).

Externe des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA DURÉE D'ÉVOLUTION DES CIRRHOSSES HÉPATIQUES.

Président : Mr. H. PEQUIGNOT, Professeur.

DUPUYTREN - COPY

9, Rue Dupuytren
PARIS (6^e)

1970



A MON MARI

A MON FILS

pour le bonheur que je
leur dois.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

que je remercie, avec toute
ma tendresse, de m'avoir
guidée par leur exemple et
leur amour, tout au long de
mes études.

A MES BEAUX-PARENTS

en témoignage de ma
profonde affection.

A Monsieur le Professeur Henri PEQUIGNOT

avec l'expression de ma
reconnaissance pour le
grand honneur qu'il a bien
voulu me faire en acceptant
la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille trouver ici
le témoignage de mon respec-
tueux attachement.

A Monsieur le Docteur B. CHRISTOFOROV

qui m'a aidée de ses conseils
et de ses directives.

Qu'il trouve ici l'expression
de ma gratitude.

A Madame le Docteur PASSELECQ

qui m'a acceptée dans son
Service et aidée dans la
Spécialité.

Qu'elle trouve ici l'expres-
sion de ma reconnaissance.

A MES MAÎTRES D'EXTERNAT

que je remercie de leur
enseignement.

[illegible]

= I =

INTRODUCTION

Nous avons cherché à faire une étude méthodologique sur la possibilité d'apprécier la durée d'évolution réelle des cirrhoses hépatiques constituées. Cette étude nous a paru nécessaire pour comprendre les différences souvent considérables entre les durées d'évolution et les pronostics que l'on trouve dans la littérature, divergence qui rend très délicate l'appréciation des résultats thérapeutiques.

= II =

PRÉSENTATION DE L'ÉCHANTILLON DES MALADES
qui font l'objet de cette étude.

A)- Il comprend 150 dossiers de cirrhose hépatique, parmi lesquels :

- 92 hommes, soit 61,3 %
et - 58 femmes, soit 38,7 %.

B)- Les âges des malades s'échelonnent entre 30 et 83 ans, et la courbe ci-dessous montre la répartition par tranches de 10 ans. (Cf. page 20).

C)- L'étiologie des cirrroses étudiées est le plus souvent éthylique, que l'intoxication soit avouée ou que les examens anatomiques aient trouvé des lésions typiques de cirrhose nutritionnelle.

Cette étiologie intéresse 141 malades, soit 94 %.

Les 6 % de cirrroses non éthyliques sont d'origine :

- post-hépatitique : 2 cas = 1,3 %
- biliaire : 7 cas = 4,7 %.

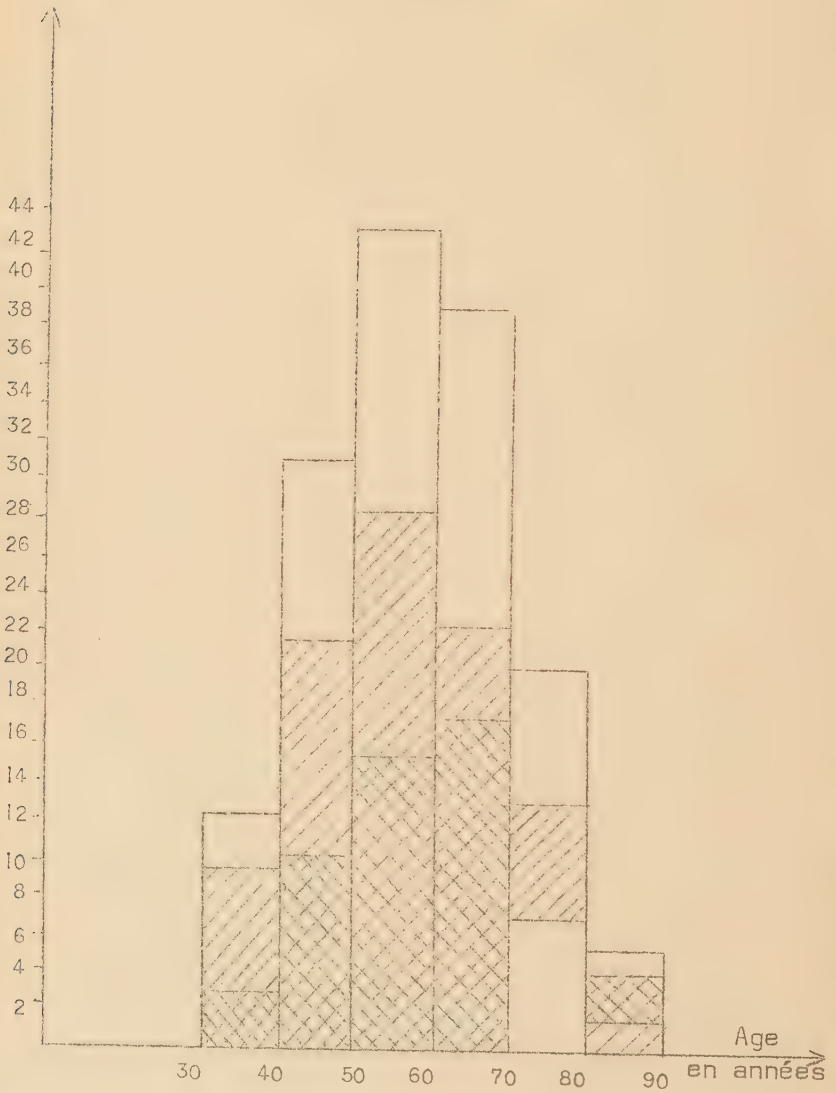
D)- Ces malades ont été hospitalisés entre le 14 Novembre 1966 et le 31 Janvier 1969. Dans le même intervalle de temps, 6 malades ont été hospitalisés pour hémochromatose primitive.

Nombre de
malades

Ensemble des malades

Hommes

Femmes



= III =

Sur 3.291 malades entrés du 14 Novembre 1966 (date de son ouverture) au 31 Janvier 1969, dans un Service de Médecine interne, nous avons trouvé 150 cirrhoses.

Vingt étaient des malades inconnus du Service, chez qui le diagnostic a été fait à l'autopsie ou par examen systématique devant la palpation d'un gros foie.

= 12 ne présentaient aucun signe clinique permettant de soupçonner le diagnostic.

- 2 malades étaient admis pour coma.

Observation N° 1 :

Monsieur S..., 79 ans, sans antécédents connus, ininterrogeable, présentait un coma sans signes de localisation ni fièvre et sans aucun signe de décompensation hépatique : foie normal, pas d'ascite ni ictère. Le malade étant décédé au 5^{me} jour, l'autopsie pratiquée montra un ramollissement cérébral, cause de la mort, et un foie gros, dur, nodulaire, sans signes d'hypertension portale. Il s'agit donc d'une cirrhose latente découverte post-mortem.

Observation N° 2 :

Monsieur G..., 75 ans, présentait le même tableau de coma, sans autre signe qu'une fièvre élevée et une septicémie à germes Gram -. Le décès étant survenu en cinq heures, on découvre à l'autop-

sie :

- . une pyélonéphrite, point de départ de la septicémie,
- . et une cirrhose micronodulaire compensée.

- 3 malades étaient hospitalisés pour septicémie :

Observation N° 3 :

Madame N..., 73 ans, fut traitée pendant trois mois dans le Service pour septicémie à Gram + dont le point de départ est resté inconnu. Pendant cette hospitalisation, furent pratiqués les différents tests hépatiques, montrant une rétention et des épreuves de floculation perturbées, car on palpaît un foie légèrement augmenté de volume sans autre signe : pas d'ictère ni ascite, et les autres épreuves hépatiques étaient normales. Au 54^{me} jour, survenue brutale et inexpliquée d'un coma et mort. A l'autopsie, on trouve une cirrhose de Laënnec compensée et aucune lésion expliquant le coma et la mort.

Observation N° 4 :

Mme H..., 83 ans, hospitalisée pour septicémie à staphylocoques à point de départ pyélonéphritique, avec fièvre élevée et purpura, sans autre signe notable à l'examen qu'un diabète vrai, est décédée après 20 jours dans le coma. A l'autopsie, on découvre un prolapsus utérin infecté, une diverticulite sigmoïdienne, une pyélonéphrite subaiguë, une cholécystite chronique et une cirrhose de Laënnec compensée.

Observation N° 5 :

Mme U..., 70 ans, admise pour septicémie à Klebsiella et Protéus, est obèse et hypertendue. L'obésité gêne la palpation de la rate et du foie qui semble cependant un peu gros ; aussi, malgré l'absence d'autre signe, est pratiquée une ponction-biopsie qui affirme la cirrhose. Cette malade sort après un mois. Elle a été revue en Juin 1969, onze

mois après le diagnostic, et présentait une polynévrite des membres inférieurs gênant la marche, mais aucun signe de décompensation cirrhotique.

- 2 autres malades avaient été hospitalisés pour insuffisance respiratoire aigue.

Observation N° 6 :

Monsieur M..., 67 ans, bronchitique chronique en poussée aiguë, ancien tuberculeux pleuro-pulmonaire et rénal, présentant une insuffisance rénale avec oedèmes des membres inférieurs, est décédé en vingt-quatre heures par asphyxie. A l'autopsie, on découvre une cirrhose décompensée, foie pesant 1.850 g., lame d'ascite, circulation collatérale, splénomégalie, varices oesophagiennes.

Observation N° 7 :

Monsieur H..., 69 ans, hospitalisé pour état de mal asthmatique, est mis à la corticothérapie et présente au quatrième jour une hémorragie digestive mortelle. A l'autopsie, est découvert un ulcère post-bulbaire hémorragique et un foie, pesant 2 kg., de cirrhose cardiaque sans hypertension portale ni varices oesophagiennes.

Observation N° 8 :

Madame L..., 68 ans, présentant une maladie de Parkinson, est hospitalisée pour pneumopathie aiguë. Après une amélioration notable, son état s'aggrave très rapidement, et surviennent subictère avec obnubilation et coma, et la malade meurt en quelques jours. A l'autopsie, le foie est atrophié, clouté ; il existe une splénomégalie, une ascite peu abondante et des varices oesophagiennes.

Observation N° 9 :

Monsieur G..., 61 ans, est admis pour néo. de la langue à sa phase terminale. A l'examen, le

foie semble un peu augmenté de volume ; sa surface est lisse ; il n'y a pas d'ascite. Après deux mois d'hospitalisation, le malade meurt d'un abcès du poumon avec pleurésie purulente, candidose grave, et à l'autopsie on découvre une cirrhose micronodulaire décompensée.

Observation N° 10 :

Monsieur J..., 77 ans, hospitalisé en Mars 1967, pour des rectorragies par ulcération thermométrique. L'examen clinique, par ailleurs normal, note une hépatomégalie chez ce malade sans aucun antécédent, et une laparoscopie est pratiquée qui montre un foie nodulaire.

Le malade sera réhospitalisé en Novembre 1967 pour la même raison et la ponction-biopsie confirme le diagnostic, puis en Mai 1969 pour une poussée ascitique et un méloëna. Il présente alors des signes d'encéphalopathie. Il est décédé en Juin 1969 par coma hépatique. La ponction-biopsie systématique avait donc découvert une cirrhose deux ans avant le premier épisode de décompensation.

Observation N° 11 :

Monsieur B..., 50 ans, est hospitalisé pour diabète sévère à équilibrer. Ce malade a subi, plusieurs années auparavant, une néphrectomie gauche pour hydronéphrose, et présente une cytopénie attribuée à un hypersplénisme. Le foie mesure 16 cm sur la ligne mamelonnaire et on pratique une laparoscopie, puis une ponction-biopsie qui montrent une cirrhose compensée. Ce malade a été revu en Mai 1969, après deux ans et demi d'évolution, et n'a présenté aucun épisode de décompensation dans l'intervalle.

Observation N° 12 :

Madame N..., 70 ans, hospitalisée pour colique hépatique, est obèse. Les épreuves fonctionnelles hépatiques sont normales, mais le foie, hypertrophié, déborde le grill costal de quatre travers de doigt. Une laparoscopie est alors pratiquée, qui révèle une

cirrhose compensée.

Cette malade a été revue vingt mois plus tard; elle va bien et ne présente aucun signe de décompensation.

On voit donc, à propos de ces douze malades : d'une part, que si l'on néglige les diagnostics d'autopsie qui ont permis la découverte d'une cirrhose latente chez huit d'entre eux, soit 5,3 % de nos malades, on améliore d'autant le pronostic des cirrhoses. Or, le diagnostic ne peut être fait chez ces malades que dans un Service non spécialisé, les motifs d'admission étant très divers, et à la condition de pratiquer systématiquement l'autopsie de tous les malades décédés.

d'autre part, que la ponction-biopsie ou la laparoscopie systématique permettent de découvrir une cirrhose qui peut rester cliniquement muette pendant plusieurs années (Observations 5, 10, 11, 12) et qu'il est donc impossible de fixer un critère clinique du début de la maladie qui ne soit arbitraire.

= Pour les 8 malades restants, la recherche rétrospective des dossiers permettait de reconstituer une partie de l'histoire.

- Observation N° 13 :

Monsieur H..., 62 ans, hospitalisé pour coma, est décédé en douze heures. On avait noté à l'admission un gros foie et un subictère. A l'autopsie, on découvre une cirrhose micronodulaire, une lithiase vésiculaire suppurée avec plastron et une pachypleurite droite.

-Trois malades avaient été adressés par leur médecin du Travail pour "hépatomégalie". Aucun ne présentait ni ascite ni ictère et les épreuves fonctionnelles hépatiques étaient normales, mais la ponction-biopsie a révélé dans les trois cas une cirrhose constituée.

- Observation N° 14 :

Mme C..., 83 ans, est hospitalisée pour ictère fébrile. Les épreuves fonctionnelles montrent des perturbations des épreuves de rétention et floculation, l'absence de cytolyse ; l'électrophorèse des protides est normale. Pendant son séjour, la malade fait un infarctus du myocarde et meurt. A l'autopsie, on trouve une cirrhose cholestatique atrophique et on note que la malade avait subi une cholécystectomie.

- Observation N° 15 :

Mme N..., 44 ans, est hospitalisée pour fièvre prolongée. A l'examen, on note un subictère et une hépatomégalie très importante ; les tests hépatiques sont normaux. Une ponction-biopsie est faite qui montre une cirrhose nutritionnelle à petits nodules, et la malade, réinterrogée, nous dit avoir été hospitalisée, un an auparavant, pour un épisode identique et avoir subi une laparotomie. Le compte rendu de l'intervention réclamé mentionne déjà, à cette date, l'existence d'une cirrhose. La malade fut réhospitalisée, six mois plus tard, pour hématoméso et mourut.

- Observation N° 16 :

Mme M..., 79 ans, hospitalisée en Avril 1967 pour "asthénie", ancienne tuberculeuse et diabétique, présente à l'examen un foie de taille normale, mais de consistance dure. Les épreuves fonctionnelles hépatiques sont normales, mais la ponction-biopsie montre une cirrhose constituée. En recherchant les antécédents, on découvre alors que la malade avait subi en 1962, dans le Service du Pr. CARDOLI, une laparoscopie qui avait déjà diagnostiqué une cirrhose. Cette malade a été revue en Mai 1969 ; après sept ans d'évolution, elle est gênée par une polynévrite des membres inférieurs et son diabète nécessite la prise d'hypoglycémifiants oraux.

- Observation N° 17 :

Monsieur G..., 61 ans, est lui aussi hospitalisé en Février 1967, pour asthénie et on diagnostique une tuberculose pulmonaire. Une ponction-biopsie est pratiquée, à la recherche de lésions tuberculeuses, et l'on découvre une cirrhose. Le malade avait subi une gastro-entérostomie pour ulcère duodénal cinq ans auparavant, dont on demande le compte rendu. Une biopsie faite à ce moment avait montré une cirrhose débutante. Ce malade a été réhospitalisé en Mars 1968 pour hémoptysie et ne présentait aucun signe de décompensation cirrhotique.

= IV =

Dans 55 cas, le diagnostic fut fait sur la simple notion d'une intoxication éthylique subjectivement soupçonnée par le médecin.

Six de ces malades n'ont subi ni ponction-biopsien ni laparoscopie, mais nous avons cependant tenu compte de ces observations dans nos statistiques. En effet, trois de ces malades n'ont pu subir l'examen en raison d'un taux de prothrombine inférieur à 50 %.

- Observation N° 18 :

Monsieur H..., 31 ans, éthylique, est hospitalisé pour crise comitiale. A l'examen, on note un subictère, une hépatomégalie dure et des angiomes cutanés ; les épreuves de floculation sont perturbées ; le taux de prothrombine est à 40 %, interdisant la ponction-biopsie.

- Observation N° 19 :

Madame M..., 59 ans, hospitalisée pour DT, présente une hépatomégalie et des angiomes cutanés ; les tests de floculation sont très perturbés et il existe un bloc $\beta\gamma$ à l'électrophorèse. Le taux de prothrombine est à 35,5 %.

Les quatre autres malades ont refusé l'examen.

- Observation N° 20 :

Monsieur C..., 37 ans, hospitalisé pour

suspicion d'ulcère gastrique radiologique, présente une hépatomégalie. Les radios gastriques faites dans le Service sont normales, ainsi que les épreuves fonctionnelles hépatiques, et la ponction-biopsie ne peut être pratiquée en raison d'un taux de prothrombine à 40 %.

- Observation N° 21 :

Monsieur B..., 42 ans, hospitalisé pour pneumopathie aiguë, présente une hépatomégalie dure et des angiomes cutanés, et une circulation collatérale. Les épreuves fonctionnelles hépatiques sont normales, mais le malade sera réhospitalisé en Juin 1969 à Perpignan, pour ascite.

- Observation N° 22 :

Mme T..., 37 ans, hospitalisée pour ictère et troubles de la conscience, présente une hépatomégalie et des angiomes cutanés. Les épreuves de rétention et de cytolyse sont perturbées, une ponction-biopsie est faite, mais le fragment prélevé est trop petit. Cette malade a été réhospitalisée après six mois pour meloena.

- Observation N° 23 :

Monsieur C..., 63 ans, hospitalisé pour fracture de la clavicule au cours d'un malaise, présente une hépatomégalie avec subictère et circulation collatérale et des signes d'encéphalopathie : amnésie, désorientation temporo-spatiale. Les épreuves de rétention et de floculation sont perturbées ; il existe un bloc  à l'électrophorèse. Ce malade a ensuite été interné et est décédé dans le coma un an après son hospitalisation.

Restent donc, dans ce groupe, 48 malades ayant subi soit une ponction-biopsie, soit une laparotomie, dans des conditions sensiblement identiques, et pour lesquels nous trouvons :

- 25 cirrhoses affirmées,

- 15 cirrheses probables,
- 7 stéatoses simples,
- 2 foies normaux.

Nous conserverons dans cette étude les plus malades, pour lesquels l'histologie découvre une "cirrhose probable", car il s'agit, dans ces cas, d'un fragment biopsique trop petit pour pouvoir affirmer la cirrhose, mais comportant les lésions de stéatose et sclérose mutilante sans nodule de régénération typique.

Au contraire, les plus malades ne présentant que des lésions de stéatose, et à plus forte raison ceux qui avaient un foie normal, ne paraîtront pas dans l'étude globale de la durée de survie des cirrhotiques.

Comme le montre le tableau suivant, il n'y avait pas de corrélation rigoureuse entre les résultats histologiques et les examens cliniques et biologiques couramment pratiqués. Dans ce tableau, nous avons étudié le nombre de malades dans chacune des catégories histologiques :

- I- Cirrhose sûre,
- II- Cirrhose probable,
- III- Stéatose simple,

qui présentaient au moment de l'examen :

- 1- des troubles de la conscience,
- 2- un ictère,
- 3- des angiomes cutanés,
- 4- une infection,
- 5- une hépatomégalie,

et parmi les épreuves biologiques, nous avons retenu les perturbations des tests de rétention : cytolysé et floculation, et l'existence d'un bloc $\beta\gamma$ à l'électrophorèse, ces examens étant pratiqués pour presque tous les malades alors que l'épreuve à la BSP, la recherche de troubles de la coagulation et de varices œsophagiennes n'ont été faites que pour un nombre trop restreint d'entre eux pour permettre de

CRITÈRE	I CIRRHOSE SURE = 25		II CIRRHOSE PROBABLE = 15		III STEATOSE = 7	
	Nombre de malades	Pourcentage sur 25	Nombre de malades	Pourcentage sur 15	Nombre de malades	Pourcentage sur 7
1- Troubles de la conscience	10	40	4	26,7	3	42,9
2- Ictère	5	24	3	20	1	14,3
3- Angiomes cutanés	3	12	1	6,7	0	
4- Infection	6	24	4	26,7	3	42,9
5- Hépatomégalie	18	72	12	80	3	42,9
6- Rétention	4	16	3	20	1	14,3
7- Cytolyse	4	16	7	46,7	2	28,7
8- Flocculation	11	44	4	26,7	1	14,3
9- Electrophorèse	3	12	2	13,3	0	

l'exploiter.

Ces résultats portent sur un nombre très restreint de malades dans chaque cas et, d'autre part, il faudrait tenir compte de l'association des signes chez un même malade, ce qui n'a pu être fait, car tous ne sont pas mentionnés dans chaque observation. On peut cependant noter la plus grande fréquence d'un ictère, d'angiomes cutanés, de perturbations des épreuves de floculation et de l'électrophorèse chez les malades des catégories I et II. Quant à l'hépatomégalie notée chez ces malades, sa fréquence est en fait difficilement appréciable, car elle est d'appréciation clinique, donc discutable.

= V =

Il existe 75 cas, soit 50 % de nos malades, où le diagnostic anatomique recouvrait une histoire clinique se suffisant à elle-même en pratique, puisque, parmi ces malades :

- 45 présentaient une ascite ;
- 10 ont présenté une hémorragie digestive par rupture de varices oesophagiennes ;
- 20 avaient à la fois une ascite et une hémorragie digestive.

En fait, c'est sur ces malades que sont habituellement calculés les taux de survie et comparées entre elles les thérapeutiques médicales et chirurgicales proposées. Malheureusement, en dehors du fait qu'il s'agit là de l'évolution, pendant une durée inconnue, des stades précédents, cette catégorie est très hétérogène ; et les meilleurs cas, dont nous avons deux exemples, n'y sont classés que lorsque les hasards de l'administration permettent d'en retrouver les dossiers.

- Observation N° 24 :

Monsieur D..., 59 ans, est hospitalisé en Octobre 1967 pour état fébrile, et l'on découvre une septicémie à Coli. Le malade meurt en vingt-quatre heures et, à l'autopsie, le foie est manifestement cirrhotique, micronodulaire. On retrouve alors un dossier datant de Juillet 1967, date à laquelle le malade avait été hospitalisé pour ascite.

- Observation N° 25 :

Monsieur V..., 72 ans, est hospitalisé en Mars 1968 pour explorations complémentaires d'une sténose bronchique. Le cancer a été éliminé, mais ce malade, qui présentait une lame d'ascite, avait été hospitalisé en 1966 et la recherche du dossier montra qu'il présentait déjà, à cette date, une ascite. Une ponction-biopsie ~~est~~ alors pratiquée, qui prouve l'existence d'une cirrhose.

Par ailleurs, 51 malades de cette catégorie, soit 68 %, sont atteints d'une affection associée plus ou moins indépendante de la cirrhose. Classées par ordre de fréquence décroissante, ces affections se répartissent comme suit :

- Diabète : 8 cas.
- Tuberculose : 7 cas, dont 1 associé à un infarctus du myocarde, 2 à un ulcère gastro-duodéal.
- Ulcère gastro-duodéal : 7 cas.
- Septicémie : 6 cas, dont 1 chez un hémiplégique.
- Cancer : 5 cas, dont 1 chez un diabétique.
- Lithiase biliaire : 4 cas, dont 1 chez un insuffisant rénal.
- Hémiplegie : 3 cas.
- Insuffisance cardiaque : 3 cas.
- Infarctus du myocarde : 3 cas.
- Fibrome utérin : 2 cas.
- Insuffisance rénale : 2 cas.
- Pneumopathie : 1 cas.
- Hypersplénisme : 1 cas.
- Insuffisance respiratoire : 1 cas.
- Orchi-épididymite : 1 cas.
- Achondroplasie : 1 cas.
- Comitialité : 1 cas.
- Ostéite chronique : 1 cas.
- Artérite : 1 cas.
- Papillome vésical : 1 cas.

Il s'agit donc d'une pathologie très diverse, et si quelques maladies peuvent classiquement être rattachées à la cirrhose parce que plus fréquentes

chez le cirrhotique, telles que diabète, tuberculose, ulcère gastro-duodénal, cancers O.R.L., car l'intoxication éthylique est fréquemment associée au tabagisme, lithiasse biliaire ou comitialité, ou parce qu'elles sont une circonstance déclenchante de décompensation, comme la septicémie, toutes ces affections représentent une cause d'erreur dans l'appréciation de la survie des cirrhotiques ; et en considérant l'ensemble des cirrhotiques décédés dans notre série, cette cause d'erreur atteint 54 malades sur 70, donc 77,1 % des malades décédés étaient porteurs d'une ou plusieurs maladies associées à la cirrhose.

En ne tenant compte que des malades décédés dans le Service et pour lesquels une autopsie a pu être pratiquée, le décès peut être attribué à la maladie associée dans 11 cas, qui sont les observations N^{os} 1, 6 et 9, déjà détaillées, et les suivantes :

- Observation N° 26 :

Mme R..., 81 ans, hospitalisée pour oedèmes des membres inférieurs, présente une ascite et un ictère, et a déjà été hospitalisée pour les mêmes raisons un an auparavant. Le foie est très hypertrophié et les tests de floculation seuls sont perturbés. Au 9ème jour, s'installe rapidement un coma avec hémiplégie et la malade meurt.

A l'autopsie, on retrouve un hématome sous-dural important et un infarctus pulmonaire massif. Il n'avait pas été fait d'examen de la crase sanguine et la cirrhose peut avoir favorisé la constitution de l'hématome, mais il s'agit, là aussi, d'un accident vasculaire fréquent chez le vieillard et l'alcoolique.

- Observation N° 27 :

Monsieur T..., 42 ans, hospitalisé pour hématomérose, présente le tableau typique d'une décompensation hémorragique et ascitique et meurt en quelques jours dans le coma. A l'autopsie, le foie présente des lésions cirrhotiques avec hépatome multi-

nodulaire surajouté et thrombose tumorale de la veine porte.

Dans ce cas, on peut discuter de la fréquence du "cancer sur cirrhose" et rattacher indirectement le décès à la cirrhose.

- Observation N° 28 :

Monsieur P..., 57 ans, hospitalisé pour ictère et ascite, présente une miliaire tuberculeuse généralisée et meurt par asphyxie, malgré la mise en oeuvre du traitement spécifique, avec à l'autopsie des lésions tuberculeuses du larynx et des deux poumons. La cirrhose était sûrement un facteur d'aggravation de la tuberculose, mais la cause du décès est la miliaire.

- Observation N° 29 :

Monsieur M..., 70 ans, hospitalisé pour vomissements, est diabétique et a subi, un an avant, une intervention pour bloc auriculo-ventriculaire avec pose d'un pace-maker. Il est en état de grande insuffisance cardiaque et meurt après 10 jours, par collapsus irréversible. A l'autopsie, le foie pèse 1 kg 35 et présente des micronodules ; il existe une ascite et une splénomégalie.

- Observation N° 30 :

Mme B..., 81 ans, cirrhotique connue, hospitalisée pour insuffisance cardiaque, présente un rétrécissement aortique et suit un traitement anticoagulant à la suite d'un infarctus du myocarde récent. Au 24ème jour, survient une hémorragie digestive mortelle et, à l'autopsie, le foie est atrophique, micro-nodulaire. Le décès est donc lié à la cirrhose, mais provoqué par le traitement de l'infarctus.

- Observation N° 31 :

Monsieur P..., 56 ans, hospitalisé pour

hématémèse en Juillet 1967, présente une cirrhose typique à la ponction-biopsie et a été traité en 1963 pour cancer du pharynx. Il est réhospitalisé en Décembre 1968, pour hémorragie foudroyante, et l'autopsie retrouve une érosion néoplasique de la pharyngée ascendante.

- Observation N° 32 :

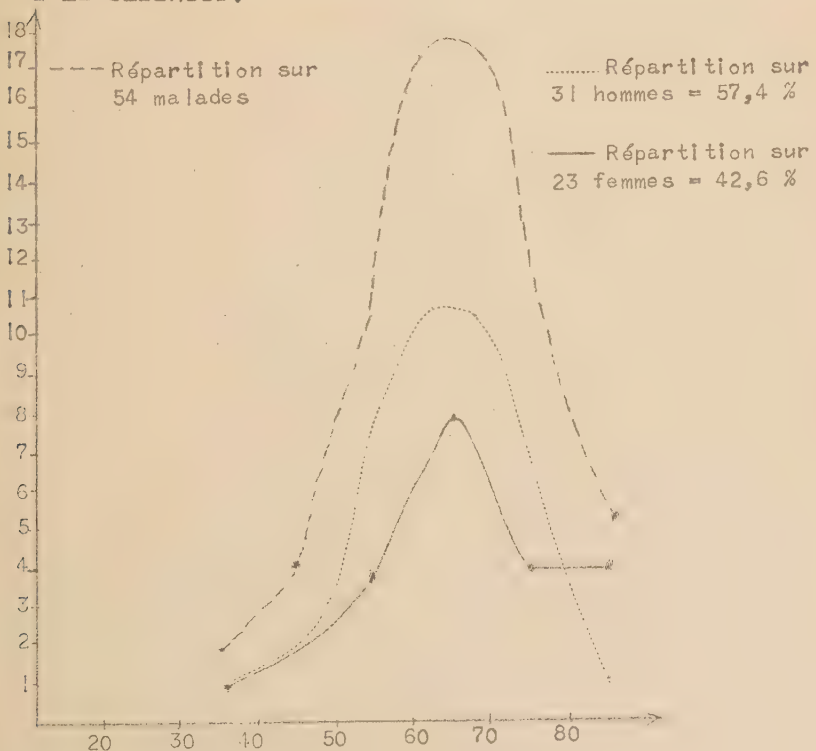
Monsieur H..., 45 ans, est hospitalisé pour DT. Ce malade présente un cancer de l'hypopharynx et est trachéotomisé. Il arrache sa canule de trachéotomie et meurt d'hémorragie et asphyxie.

- Observation N° 33 :

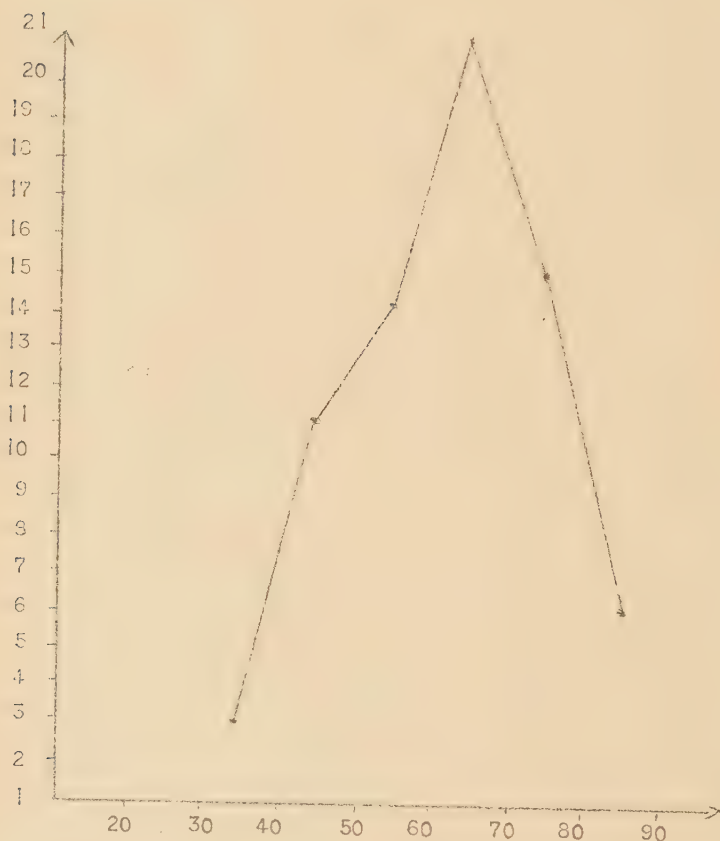
Mme C..., 81 ans, hospitalisée pour DT, présente des lithiases rénale et vésiculaire, des troubles psychiques d'atrophie cérébrale et meurt au septième jour par collapsus. A l'autopsie, outre une cirrhose micronodulaire, on découvre un infarctus du myocarde massif.

= VI =

L'importance de la cause d'erreur due à la pathologie associée est difficilement appréciable. En effet, si on l'étudie en fonction de l'âge et du sexe, chez nos 54 malades cirrhotiques décédés, on constate qu'elle atteint 23 femmes et 31 hommes et que sa fréquence augmente dans les tranches d'âge les plus élevées, avec un maximum dans les deux sexes entre 60 et 70 ans, ce que montrent les courbes suivantes, où l'on porte en abscisse l'âge des malades par tranches de 10 ans, et en ordonnée le nombre de ces malades porteurs d'une maladie associée à la cirrhose.



Or, l'ensemble des cirrhotiques de cette étude comporte 92 hommes, soit 61,3 % et 58 femmes, soit 38,7 %, et la fréquence des décès en fonction de l'âge présente le même maximum entre 60 et 70 ans pour les 70 malades décédés dans notre série.



L'âge moyen du décès par cirrhose est donc le même, qu'il y ait ou non une pathologie associée. Il y a davantage de cirrhose chez l'homme que chez la femme, celle-ci étant encore moins souvent éthylique, et la plus grande fréquence relative d'une association morbide chez la femme s'explique par sa plus grande longévité. On ne peut donc conclure de

l'influence de l'âge ou du sexe sur la fréquence du décès au cours d'une cirrhose associée à une autre maladie. Un moyen simple serait de comparer l'espérance de vie des cirrhotiques à celle de gens de leur âge, étudiée statistiquement ; mais cette méthode nécessiterait d'énormes échantillons de cirrhotiques de chaque âge, dans chaque sexe.

= VII =

Ces réserves étant faites, nous apportons les durées de survie effectivement observées chez nos malades.

METHODES EMPLOYEES

Nous avons étudié les 150 premiers dossiers classés à la rubrique "cirrhose", dans un Service de Médecine interne, depuis le 14 Novembre 1966, date d'ouverture du Service, jusqu'au 31 Janvier 1969, date d'admission du 150^{me} cirrhotique, dans l'ordre d'admission et sans aucun autre critère. En supprimant, après étude des dossiers, les 7 malades pour lesquels l'examen histologique n'a montré qu'une stéatose simple et celui qui avait un foie normal. Restent donc 142 observations de cirrhose affirmée anatomiquement. A partir de Mai 1969, nous avons convoqué tous les survivants, puis Mademoiselle RIEU, notre Assistante sociale, que nous tenons à remercier ici, est allée voir à leur domicile les malades qui ne s'étaient pas rendus à notre convocation. Enfin, nous avons écrit aux médecins traitants, quand nous les connaissions, des malades que Mademoiselle RIEU n'avait pu trouver.

RESULTAT GLOBAL

Sur 142 dossiers, il y a :

- 70 décès, soit 49,3 % ;

- 58 survivants, soit 40,8 % ;
- 14 malades ayant été complètement perdus de vue moins d'un an après la première hospitalisation, soit 9,9 %.

On voit donc d'emblée que le pronostic d'ensemble de la maladie reste sombre, 49,3 % des malades étant décédés, d'autre part que l'erreur due aux malades perdus de vue, bien que non négligeable, ne touche pas 10 % des dossiers.

LA SOURCE

a donc été étudiée sur 128 dossiers de cirrhose affirmée anatomiquement ; mais ce diagnostic anatomique venait bien souvent confirmer une histoire clinique très évocatrice et bien antérieure dans le temps, sans que l'on puisse situer avec exactitude son point de départ, aucun examen histologique n'ayant été pratiqué.

Nous avons donc pris comme début de la maladie la première hospitalisation du malade dans un Service de Médecine, pour poussée ascitique ou pour hémorragie digestive, à condition que celle-ci ne puisse être due à un ulcère gastro-duodéal. Par contre, nous n'avons pas tenu compte, comme premier épisode, d'un ictère ou d'oedèmes des membres inférieurs isolés qui peuvent avoir, pour le premier une étiologie virale intercurrente, et pour les seconds une origine cardiaque, rénale ou locale.

Nous ferons tout d'abord une étude globale de la durée de survie des 128 cirrhotiques que nous avons suivis, en calculant le pourcentage de survivants à chaque anniversaire de la première hospitalisation, ce qui nous oblige à établir un pourcentage corrigé en retirant chaque année du nombre total des dossiers comme de celui des survivants, ceux dont la première hospitalisation remonte à moins de 2, puis 3, 4, 5, etc. années. Ce qui donne les résultats suivants :

Dans la	Nombre de malades décédés	Pourcentage corrigé des décès	Nombre de malades survivants	Pourcentage corrigé de survivants
1e année	54	42,2	74	57,8
2e année	6	6,1	38	38,9
3e année	6	7,4	15	18,5
4e année	0		14	17,5
5e année	1	1,2	10	14,1
6e année	1	1,4	6	8,3
7e année	0		3	4,3
8e année	1	1,4	2	2,9

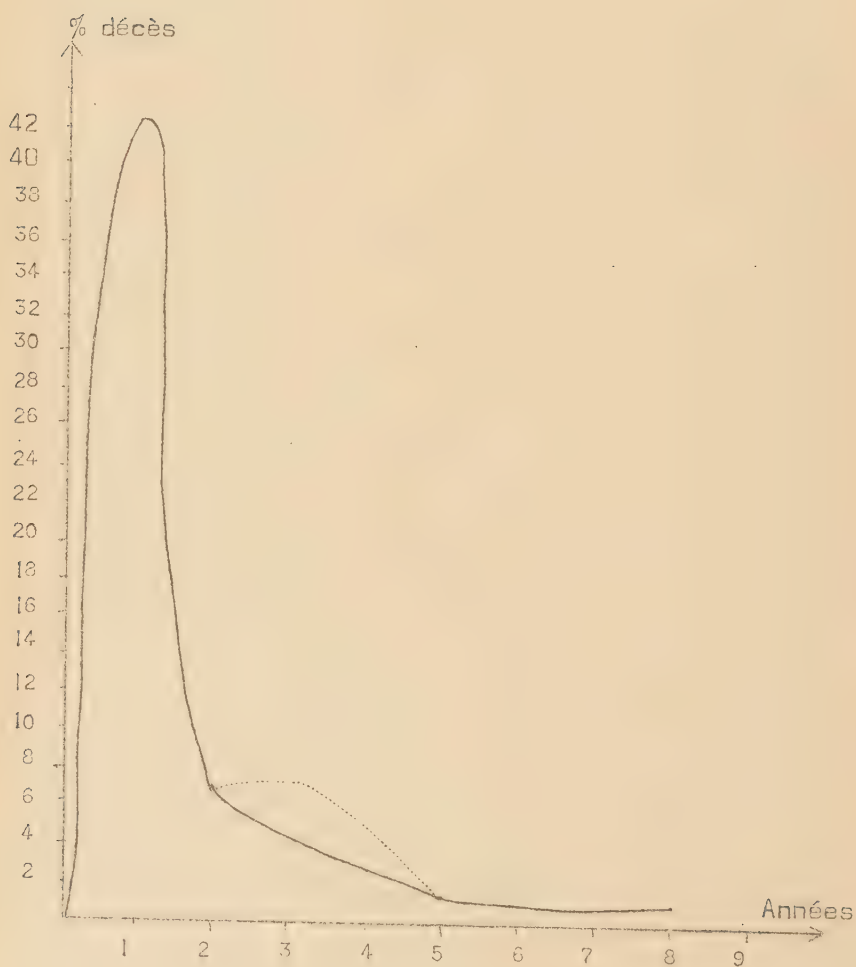
Le nombre de décès dans la première année est donc très important, puisqu'il frappe 42,2 % des cirrhotiques de notre série; et, sur 70 décès, 54 se situent au cours de la 1e année, soit 77 %.

Ces résultats sont comparables à ceux d'une étude antérieure, basée sur les mêmes critères, portant sur 220 malades hospitalisés à la Clinique médicale F. Widal de l'Hôpital Cochin, de 1958 à 1961, et publiée dans la Presse Médicale N° 24 (Mai 1965), où le taux de mortalité dans la 1e année était de 56,9 %, représentant 76 % de l'ensemble des décès.

Il est d'ailleurs remarquable que, parmi les 54 cirrhotiques décédés dans la première année,

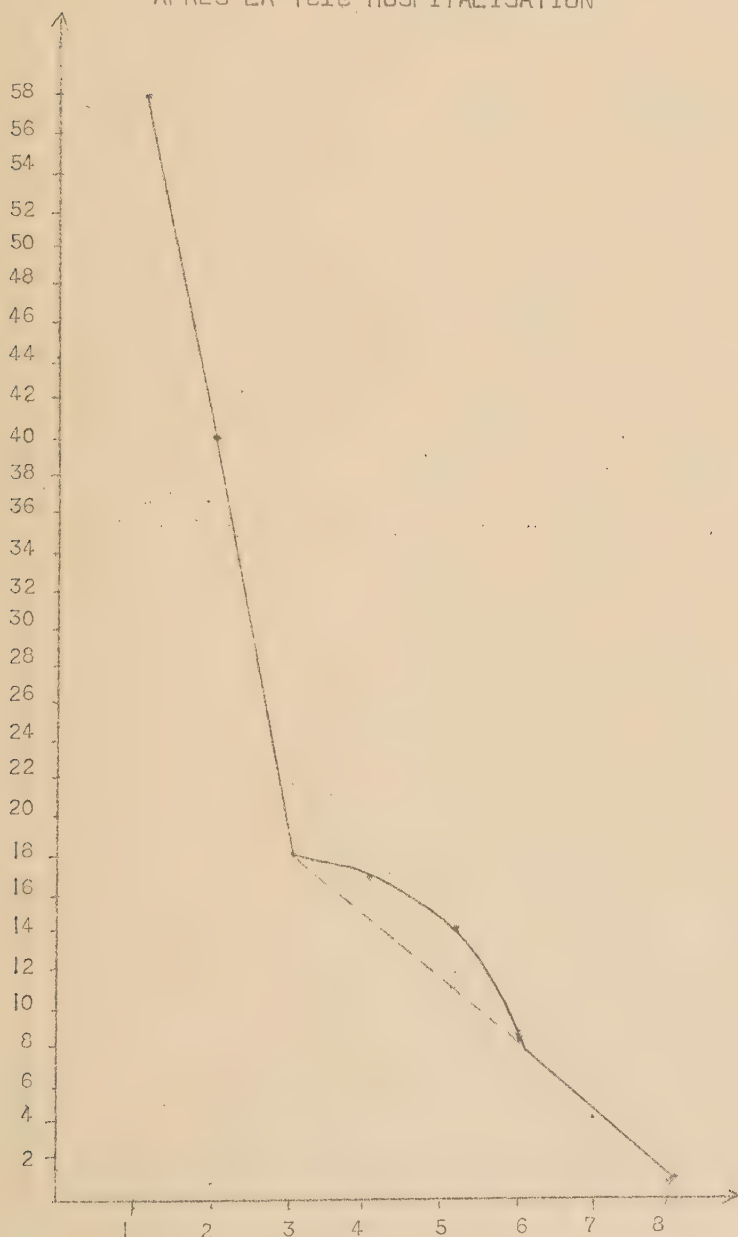
COURBE I

POURCENTAGE DE DECES CHAQUE ANNEE
A PARTIR DE LA 1^{ère} HOSPITALISATION



COURBE II

POURCENTAGE DE SURVIVANTS CHAQUE ANNEE
APRES LA 1^{ère} HOSPITALISATION



- 11 sont décédés en moins d'une semaine,
- 12 dans le premier mois,
- 14 en moins de trois mois,
- 10 en moins de six mois.

Tout aussi remarquables sont les 10 observations de survie supérieure à 5 ans, soit 14 % des malades en pourcentage corrigé, qui sont les observations N° 16 et 17, déjà détaillées, et les suivantes.

- Observation N° 34 :

Monsieur C..., 70 ans, éthylique, hospitalisé dans le Service en Avril 1967 pour ascite, a déjà été hospitalisé en 1963 dans un autre Service pour poussée oedémato-ascitique. C'est un diabétique, obèse, et il présente un épithélioma de la base du nez. Le foie n'est pas palpable et semble atrophique ; les tests de floculation, seuls pratiqués, sont très perturbés, et la ponction-biopsie ne peut être faite en raison d'un taux de prothrombine à 45 %. Le malade sort asséché après 36 jours.

Il est réhospitalisé en Mai 1968 pour surinfection avec septicémie probable, bien que le germe n'ait pu être identifié ; il présente une ascite et un ictère et meurt dans le coma en quelques heures. L'autopsie confirme la cirrhose, mais ne peut établir la cause exacte de la mort.

- Observation N° 35 :

Monsieur L..., 44 ans, est hospitalisé une première fois dans le Service en Juillet 1967 pour ascite, et a été hospitalisé pour la même raison ailleurs en 1964. Toutes les épreuves fonctionnelles hépatiques pratiquées sont normales, mais la ponction-biopsie montre une cirrhose micronodulaire très évoluée. Ce malade sera réhospitalisé en Juin 1968 pour "malaise" sans signes de décompensation cirrhotique et a été revu en Mai 1969. Il va bien, mais n'a pas travaillé depuis deux ans.

- Observation N° 36 :

Monsieur G..., 48 ans, ayant présenté une ascite en 1962, est hospitalisé dans le Service en Mai 1968, pour malaise. C'est un diabétique, hypertendu et albuminurique. L'examen clinique ne montre qu'un foie hypertrophié et dur ; aucune épreuve fonctionnelle n'a été pratiquée, mais la ponction-biopsie affirme la cirrhose. Ce malade a été réhospitalisé en Juin 1968 pour une crise comitiale typique, et nous l'avons revu en Mai 1969. Lui non plus ne travaille pas, mais mène une vie sensiblement normale par ailleurs.

- Observation N° 37 :

Mme P..., 62 ans, hospitalisée dans le Service en Juin 1968 pour hématémèse, a subi en 1962 une cholécystectomie pour lithiase, au cours de laquelle a été vu un gros foie manifestement cirrhotique. Une ponction-biopsie est pratiquée, montrant elle aussi une cirrhose nutritionnelle.

Cette malade a été perdue de vue après sa sortie, mais il s'agissait du premier épisode de décompensation, 6 ans après le diagnostic.

- Observation N° 38 :

Madame D..., 57 ans, opérée en 1962 d'un ulcère duodénal, a subi à cette occasion une ponction-biopsie montrant une cirrhose annulaire. En 1966, après hématémèse, devait être pratiquée une anastomose porto-cave, à laquelle les chirurgiens renoncèrent après avoir pratiqué une splénoportographie montrant de grosses varices oesophagiennes. En Juin 1967, Mme D... est hospitalisée dans le Service pour ascite, oedèmes, circulation collatérale, subictère. Elle sort asséchée après deux mois. Cette malade a subi, en Mai 1968, une intervention pour hernie étranglée et a été revue en Mars 1969 ; elle travaille et mange salé, mais présente des oedèmes et une ascite.

- Observation N° 39 :

Mme B..., 64 ans, hospitalisée en 1960 pour hématomé, ascite et encéphalopathie, est vue pour la première fois dans le Service en Juin 1967 pour une nouvelle poussée ascitique. Elle est, par ailleurs, diabétique. Cette malade meurt après deux mois d'hospitalisation, dans un tableau de coma hépatique. A l'autopsie, le foie, qui pèse 2 kg, présente des lésions micro et macronodulaires ; la rate est hypertrophiée ; il existe des varices oesophagiennes et une thrombose portale.

- Observation N° 40 :

Mme P..., 46 ans, traitée en 1945 pour néo de l'ovaire et porteuse d'une cirrhose post-hépatitique diagnostiquée par laparoscopie en 1959, est hospitalisée pour la première fois dans le Service pour ictère, en Janvier 1967. Elle sera à nouveau hospitalisée en Septembre 1967 pour hématomé, en Janvier 1968 pour encéphalopathie avec une ammoniémie à 0,95 γ /ml, en Avril 1968 pour diarrhée infectieuse, en Août 1968 pour polynévrite des membres inférieurs, en Octobre 1968 pour diarrhée, en Novembre 1968 pour syndrome occlusif sur bride pour lequel elle a subi une intervention, suivie d'une décompensation cirrhotique avec ascite, ictère, hémorragie digestive massive et coma. Au cours de l'intervention, a été revu le foie macronodulaire. L'autopsie n'a pas été pratiquée par opposition de la famille.

- Observation N° 41 :

Monsieur L..., 63 ans, ayant présenté en 1957 une poussée ictéro-ascitique, est hospitalisé en Février 1968 pour encéphalopathie avec une ammoniémie à 1,6 γ /ml. Ce malade a subi en 1967, dans le Service du Pr. CAROLI, une anastomose porto-cave après hématomé et, plusieurs années auparavant, une gastrectomie partielle pour cancer. En dehors des signes d'encéphalopathie, aucun symptôme de

décompensation n'est noté et le malade sort après un mois. Nous l'avons revu en Mai 1969 ; il est en bonne santé et travaille, 12 ans après le premier épisode de décompensation.

ÉLÉMENTS DE PRONOSTIC

Etant donné l'importance numérique des décès dans l'année suivant la première hospitalisation pour cirrhose, nous avons essayé de découvrir si certains éléments cliniques étaient présents avec une plus grande fréquence dès la 1ère hospitalisation, chez les malades de cette catégorie, que nous appellerons A, que chez ceux qui survivent après un an, que nous appellerons B.

Sur le plan clinique, nous avons étudié les facteurs suivants : âge - sexe - existence d'une ascite, d'un ictère, d'une hémorragie digestive, d'un syndrome infectieux, d'hémorragies cutanéo-muqueuses, de troubles de la conscience.

Le groupe A comportait 54 malades,
le groupe B, 74.

Les résultats, exprimés en pourcentage de malades pour chaque catégorie, sont réunis dans le tableau suivant. (Nous avons volontairement négligé l'existence ou non d'une hépatomégalie, car celle-ci était bien souvent affirmée à la seule palpation, sous le rebord costal, du bord inférieur du foie, sans autre précision.)

Nous n'avons pu étudier la valeur pronostique des examens biologiques, car tous n'ont pas été demandés de façon systématique, soit que le séjour des malades dans le Service ait été trop bref, soit que le dossier soit incomplet ou introuvable lorsque les malades avaient été hospitalisés pour la première fois dans un autre Service.

En se limitant donc aux critères cliniques, on

CRITERES CLINIQUES LORS DE LA 1ère HOSPITALISATION	CATEGORIE A 54 malades	CATEGORIE B 74 malades
Age moyen	62 ans	56 ans
Sexe masculin féminin	55,6 %) alors que pour) 1'ensemble des) cirrhotiques	61,3 % 38,7 %
Ascite	64,8	39,2
Ictère	64,6	34,2
Hémorragie diges- tive	27,8	10,1
Syndrome infec- tieux	33,3	32,9
Hémorragie cutanéomuqueuse	42,6	38,0
Troubles de la conscience	38,9	16,3

voit d'une part que les malades de la catégorie A sont en moyenne plus âgés et comportent une proportion plus importante de femmes ; d'autre part, que la survenue précoce, au cours de la maladie, d'une ascite, d'un ictère, d'une hémorragie digestive ou de troubles de la conscience est de mauvais pronostic, alors que la présence d'hémorragies cutanéomuqueuses ou d'un syndrome infectieux ne semble pas jouer de rôle.

Ces mêmes critères étaient apparus comme péjoratifs ou sans signification, dans l'étude antérieure faite en 1963, où l'on avait seulement retenu en plus,

comme de mauvais pronostic, la dénutrition et l'anorexie et où l'on avait fait une distinction essentielle entre les malades ascitiques ou non, ce qui nous a paru moins intéressant actuellement étant donné l'efficacité des thérapeutiques modernes sur l'ascite.

Par contre, il nous paraît intéressant de reprendre ici une étude de l'importance comparée de la pathologie associée dans les catégories A et B.

Sur les 54 malades décédés en moins d'un an, 43, soit 79,6 %, étaient porteurs d'une maladie associée.

Sur les 74 survivants après un an, la pathologie associée touchait 49 malades, soit 66,2 %.

Le tableau suivant (page 56) réunit les différentes maladies observées dans chaque catégorie.

Ce tableau appelle plusieurs remarques :

1)- Les septicémies sont dues, dans la catégorie A :

- au colibacille 2
- à un Gram - 2
- à un staphylocoque. 2
- au streptocoque ... 1
- dans un cas, le germe n'a pas été identifié.

Dans la catégorie B :

- 1 septicémie à colibacille,
- 1 septicémie à protéus.

2)- Le cancer touche le plus souvent la sphère O.R.L. :

Dans la catégorie A :

- pharynx 2
- langue 1

Pathologie associée	CATÉGORIE A (54 malades)		CATÉGORIE B (74 malades)	
	Nombre	%	Nombre	%
Ulcère gastro-duodén. ¹	5	9,3	4	5,4
Diabète	6	11,1	10	13,5
Septicémie	8	14,8	2	2,7
Tuberculose	2	3,7	7	9,5
Lithiase biliaire	3	5,6	4	5,4
Pancréatite chronique	0		2	2,7
Cancers	6	11,1	3	4,1
Pathologie cardio-vasculaire	3	5,6	8	10,8
Pathologie uro-génitale	4	7,4	0	
Pathologie neurologique	4	7,4	5	6,8
Insuffisance respiratoire	2	3,7	1	1,4
Pathologie rhumatismale	0		2	2,7
Achondroplasie			1	1,4

- lèvre inférieure ... 1
- parotide 1
- pancréas 1

Dans la catégorie B, on note :

- 1 cancer gastrique
- 1 néo de l'ovaire
- 1 cancer de la base du nez.

3)- La pathologie cardio-vasculaire recouvre :

Dans la catégorie A :

- 1 bloc auriculo-ventriculaire avec pace-maker,
- 2 infarctus du myocarde.

Dans la catégorie B :

- 1 infarctus,
- 1 arythmie complète,
- 2 H.T.A.,
- 2 insuffisances cardiaques,
- 1 artérite des membres inférieurs,
- 1 cardiopathie congénitale bien tolérée.

4)- La pathologie uro-génitale :

Catégorie A :

- 1 insuffisance rénale,
- 2 reins polykystiques avec infections urinaires répétées,
- 1 prostatectomie pour adénome.

5)- La pathologie neurologique :

Catégorie A :

- 1 hémiplegie,
- 1 Parkinson,
- 1 ramollissement cérébral,
- 1 hématome sous-dural.

Catégorie B :

- 1 hémiplegie,
- 4 comitialités.

6)- Pathologie rhumatismale :

Catégorie B :

- 1 coxarthrose,
- 1 hernie discale avec sciatique.

7)- Les malades diabétiques : Il s'agit d'un diabète vrai et non d'une simple anomalie de la courbe d'hyperglycémie provoquée, survenue en dehors de tout traitement cortisonique ou d'hémochromatose, et nécessitant la prise d'hypoglycémifiants oraux ou d'insuline. Il n'a pas été possible de préciser la date de survenue du diabète par rapport à la cirrhose. On peut cependant noter la fréquence relative d'un syndrome diabétique associé à la cirrhose, puisqu'il existe chez 12,5 % de nos malades avec une fréquence sensiblement égale dans les deux catégories et ne semble donc pas être un facteur d'aggravation de la cirrhose.

On peut donc conclure de cette étude de la pathologie associée qu'il s'agit d'une cause d'erreur très importante dans l'évaluation du pronostic de la cirrhose, puisqu'elle touche 79,6 % des malades décédés en moins d'un an et seulement 66,2 % des autres ; mais il est difficile, sinon impossible, d'évaluer avec exactitude son importance, car il faudrait une série très importante de dossiers de cirrhotiques.

Quant à l'influence de la nature de la pathologie associée, on note une prédominance des septicémies dans le groupe A (14,8 %, alors qu'elle n'est retrouvée que chez 2,7 % des autres malades) ; mais il s'agit d'un épisode déclenchant la décompensation terminale.

De même, il y a davantage de cancers dans le groupe A, et il s'agit le plus souvent de cancers O.R.L., alors que dans le groupe B les localisations sont plus diverses. Ces cancers peuvent être favorisés par le tabagisme qui accompagne fréquemment l'éthylisme, mais influencent fortement par eux-mêmes le pronostic vital.

Les conditions de survie des 63 malades actuellement en vie sont difficiles à apprécier.

= Pour 12 d'entre eux, nous savons seulement qu'ils sont vivants.

= 35, soit 27,3 % des 128 malades que nous avons suivis, mènent une vie sensiblement normale, qu'ils travaillent ou soient à la retraite, et parmi eux :

- 17 sont porteurs d'une cirrhose depuis moins de 2 ans ;

- 12, depuis plus de 2 ans ;

- 2, depuis plus de 3 ans ;

- 1, depuis plus de 4 ans ;

- 2, depuis plus de 5 ans ;

- 1, depuis 12 ans.

= Les 16 autres, soit 12,5 % des malades, ont une survie déplorable :

- 7 présentent une ascite ou des oedèmes ;

- et 9 des troubles psychiques majeurs.

Les circonstances de la mort, chez les 70 cirrhotiques décédés, dont 55 à l'hôpital, l'autopsie ayant été pratiquée dans 38 cas, se répartissent ainsi :

- Coma : 17 cas, soit 30,9%
- Hémorragie digestive ... : 14 cas, soit 25,4%
- Infection intercurrente. : 7 cas, soit 12,7%
- Cancers extra-hépatiques : 5 cas, soit 9,1%
- Infarctus : 4 cas, soit 7,2%
- Divers : 8 cas, soit 14,5%.

Le coma est donc la circonstance la plus fréquemment retrouvée, suivi de près par l'hémorragie digestive ; mais l'étiologie du coma est variable et pas toujours retrouvée :

- Dans 3 cas, l'autopsie a découvert un hépatome.

- Dans 1 cas, il s'agissait d'un hématome sous-dural.

- Dans 1 autre, d'une insuffisance respiratoire aiguë avec asphyxie.

- Enfin, 3 de ces comas sont dus à un accident thérapeutique par l'Aldactone.

= VIII =

Nous pouvons comparer les résultats de cette étude avec ceux de deux études précédentes faites dans les mêmes conditions par le Service, l'une en 1958, avec M. CAROIT, portant sur 118 cirrhoses alcooliques ascitiques hospitalisées à l'Hôpital Bichat entre 1948 et 1956, l'autre en 1963, avec B. CHRISTOFOROV, étudiant l'évolution de 251 cirrhoses alcooliques observées de 1958 à 1961 à la Clinique médicale F. Widal de l'Hôpital Cochin.

Il ne nous a pas paru utile, dans ce travail, de distinguer les cirrhoses avec ou sans ascite, étant donné l'efficacité des thérapeutiques sur celle-ci au début de la maladie. On voit que le pourcentage de survie de plus d'un an est amélioré, tandis qu'après 2 ans, le pronostic rejoint celui des études antérieures, et ce, que la cirrhose soit ou non ascitique au moment de sa découverte. Il y a donc une nette amélioration du pronostic de la cirrhose ascitique, due d'une part aux traitements diurétiques cortisoniques et au régime désodé, d'autre part à la plus grande fréquence des diagnostics précoces, avec la décompensation ascitique.

ÂGE DE LA MORT	STATISTIQUE DE 1914		STATISTIQUE DE 1963		STATISTIQUE DE 1969	
	Cirrhoses alcooliques		Cirrhoses alcooliques	Imprécise des cirrhoses	Cirrhoses alcooliques	Imprécise des cirrhoses
Inférieure à 1 an	7,7 %		70,5 %	46,9 %	46,8 %	42,2 %
Supérieure à 1 an	27 %		23,4 %	43,1 %	30,3 %	37,4 %
" 2 ans	17 %		24,5 %	38,1 %	17,4 %	34,9 %
" 3 ans	10 %		18,1 %	29,3 %	15,6 %	46,5 %
" 4 ans	3,7 %		7,2 %	15,7 %	13,3 %	17,1 %
" 5 ans	"		0		6,8 %	14,1 %
" 6 ans	1,8 %					5,3 %
" 7 ans						4,3 %
" 8 ans						2,9 %

C O N C L U S I O N S

I/ - Le diagnostic de cirrhose n'est solide que s'il est anatomique, ce qui nécessite l'autopsie, la ponction-biopsie hépatique ou la laparoscopie.

Sur 3.291 malades entrés, du 14 Novembre 1966 au 31 Janvier 1969, dans un Service de Médecine interne, nous avons trouvé 150 dossiers de cirrhose.

A)- 20 étaient des diagnostics d'autopsie ou d'examen anatomique systématique devant la palpation d'un gros foie :

1°- Dans 12 cas, le tableau clinique ne permettait pas de soupçonner la cirrhose.

2°- Dans 8 cas, la recherche rétrospective des dossiers permet de reconstituer une partie de l'histoire.

Dans aucun cas, la date de début de la maladie ne pouvait être fixée sans arbitraire.

B)- Dans 55 cas, le diagnostic fut fait à la ponction-biopsie ou à la laparoscopie, sur la simple notion d'une intoxication éthylique subjectivement soupçonnée par le médecin.

Dans ce cas, sur 49 examens faits dans des conditions sensiblement identiques, nous trouvions : 25 cirrroses affirmées, 15 cirrroses probables, 7 stéatoses simples, 2 foies normaux.

Comme il est classique, il n'y avait pas de corrélation rigoureuse entre ces résultats histologiques et ceux des examens cliniques et biologiques couramment pratiqués.

C)- Restent donc 75 cas où le diagnostic anatomique recouvrait une histoire clinique qui se suffisait à elle-même en pratique, sinon rigoureusement, puisque, parmi ces malades, 45 présentaient une ascite, 10 ont présenté une hémorragie digestive par rupture de varices oesophagiennes, 20 avaient à la fois une ascite et une hémorragie digestive.

En fait, c'est sur cette clientèle que sont habituellement calculés les taux de survie et comparées entre elles les thérapeutiques médicales et chirurgicales. Malheureusement, en dehors du fait qu'il s'agit là de l'évolution, après une durée inconnue, du stade précédent, cette catégorie est très hétérogène, les meilleurs cas notamment, dont nous avons deux exemples, n'y étant classés que lorsque les hasards de l'Administration permettent de retrouver leur dossier.

Par ailleurs, 51 malades de ce groupe sont atteints d'une affection associée plus ou moins indépendante de la cirrhose.

II/ - La cause d'erreur pronostique due à la pathologie associée atteint 54 malades ; elle grossit lorsqu'on passe des tranches d'âge les plus jeunes aux plus âgées. Bien sûr, un moyen simple de l'éliminer serait de comparer l'espérance de vie des cirrhotiques à celle des gens de leur âge étudiée statistiquement ; mais cette méthode nécessite des échantillons abondants de cirrhotiques de chaque âge, dans chaque sexe.

III/ - Il va sans dire qu'il y a une corrélation importante entre, d'une part la situation géographique et la spécialisation d'un Service,

la difficulté d'y entrer, notamment en urgence, l'âge des malades qu'il reçoit et, d'autre part, la fréquence comparée des catégories A, B et C. Il est probable que bien des divergences entre statistiques provenant de Services différents s'expliquent ainsi.

IV/ - Sous ces réserves, nous apportons les durées de survie effectivement observées chez nos 150 malades, dont 142 répondent à un diagnostic anatomique de cirrhose.

Cette étude ayant été arrêtée en Juin 1969 et portant sur les malades hospitalisés dans un Service de Médecine interne entre le 14 Novembre 1966 et le 31 Janvier 1969, sans aucun critère de recrutement, 14 malades ayant été perdus de vue, nous avons appris :

A)- Que 70 d'entre eux, soit 54,7 %, sont décédés et, parmi eux, 54, soit 42,2 %, moins d'un an après le premier épisode de décompensation.

B)- Sur les 63 survivants en Juin 1969 :

- 35 ont une survie relativement bonne ;
- 16 ont une survie rendue déplorable, soit par la persistance d'ascite et d'oedèmes (7 cas), soit par l'existence de troubles psychiatriques très importants (9 cas).

C)- Les facteurs cliniques de mauvais pronostic que nous avons retrouvés avec une plus grande fréquence dès la première hospitalisation chez les malades décédés en moins d'un an sont : l'ictère, l'ascite, les hémorragies digestives et les troubles de la conscience.

D)- Enfin, les circonstances du décès les plus fréquentes sont :

- le coma : 30,9 % des cas ;
- l'hémorragie digestive : 25,4 % des cas.

Dans 17 % des cas, la mort est due à une

affection intercurrente.

E)- Nous avons pu montrer que :

- 2 malades avaient dépassé 8 ans (l'un étant décédé après 9 ans, l'autre étant toujours en vie après 12 ans) ;

- 3 malades avaient dépassé 7 ans ;

- 6 malades avaient dépassé 6 ans ;

- 10 malades avaient dépassé 5 ans.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

R. MALLET

Le Doyen honoraire,
Administrateur provisoire
de la Faculté de Médecine,

G. BROUET

Le Président
de la Thèse,

H. PEQUIGNOT

B I B L I O G R A P H I E

- 1- BOQUIEN Y., PERRIN P., GUILLOU J., HERVOET D.,
MENARD-DELUMEAU et LEBODIC - Etude sur le pronostic des cirrhoses alcooliques.- Rev. Int. Hépatologie, 1961, 11, 183.
- 2- CAROLI J. et PEQUIGNOT G.- Les écueils du traitement des ascites cirrhotiques.- Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1963 : 114, 1295.
- 3- CONTE M., FOUET P. et RAMBAUD J.C.- La corticothérapie des ascites cirrhotiques : à propos d'une série de 100 malades suivis deux ans au moins.- La Presse Médicale 1962, 70, 2253.
- 4- JUSTIN-BESANCON L. et CAROIT M.- Le pronostic des cirrhoses alcooliques ascitiques.- Sem. Hôp. Paris, 1959, 35, 200.
- 5- LEVRAT M., BRETTE P. et GRANDMOTTET P.- Résultats du traitement des cirrhoses alcooliques avec ascite; statistique de 449 observations avec un recul d'un an.- Arch. Mal. App. Dig. 1959, 48, 1265.
- 6- SARRAZIN A.- Rappel classique de l'examen clinique et paraclinique d'un cirrhotique. Evolution générale et éléments du pronostic.- Rev. du Prat. 1964, 14, 2537.

- 7- JUSTIN-BESANCON L., PEQUIGNOT H., ETIENNE J.P.
et CHRISTOFOROV B.- Survie et pronostic des
cirrhoses alcooliques. Etude de 251 cas obser-
vés de 1958 à 1961.- La Presse Médicale 1965,
73, 1393.
 - 8- VACHON A. et coll.- Septicémie et bactériémie dans
la cirrhose alcoolique.- Rev. Lyon. Méd. 15 :
343-52, 30 Avril 1966.
 - 9- HOLLARD D. et coll.- Hémorragies au cours des cir-
rhoses. Hémostase 5 : 323-32, Septembre 1965.
 - 10- DEBRY G. et coll.- Etude des désordres du métabo-
lisme glucidique chez les malades atteints de
cirrhose du foie.- Diabète 13 : 151-58, Avril-
Mai 1965.
 - 11- MULLER B. et coll.- A propos de 170 laparoscopies
pratiquées au cours de cirrhoses hépatiques.-
J. Méd. Lyon 46 : 1409-31, 20 Septembre 1965.
 - 12- ALBOT G. et coll.- Lésions histologiques du foie
dans l'hépatite alcoolique subaiguë et dans
l'hépatite alcoolique cirrhogène.- Sem. Hôp.
Paris 42 : 1757-71, 14 Juin 1966.
-

